

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

335

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Robert AUBIN

Né le 29 Octobre 1906 à Angoulême (Charente)

Panaris de la face dorsale
ET
Phlegmons du dos de la main

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1935

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Robert AUBIN

Né le 29 Octobre 1906 à Angoulême (Charente)

Panaris de la face dorsale

ET

Phlegmons du dos de la main

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEBEQUILLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENI.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	MOIGNOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BERNARD (Etienne)..	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LEVEUF	Patholog. chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiâtrie.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOULONGUET	Patholog. chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GASTINEL	Bactériologie.	OBERLING	Anatomie pathologiq.
DE GAUDART D'ALLAINES	Patholog. chirurgicale.	PETIT-DUTAILLIS . .	Patholog. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
GIROUD	Histologie.	PORTES	Obstétrique.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	RICHET	Physiologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngol.	SANNIE	Chimie biologique.
HAZARD	Pharmacologie.	SENEQUE	Patholog. chirurgicale.
HUGUENIN	Anatomie pathologiq.	TROISIER	Pathol. expérimentale.
JOANNON	Hygiène.	TURPIN	Pathologie médicale.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.	VIGNES	Obstétrique.
LACOMME	Obstétrique.	WILMOTH	Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LEROUX	Anatomie pathologiq.
BUSQUET	Pharmacologie.	LEVEU-LEMAIRE . . .	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT . . .	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE		BROcq	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		HEITZ-BOYER	
CHABROL		MOURE	
CHIRAY		QUÉNU	Clinique Obstétricale.
DONZELOT		SCHWARTZ	
DUVOIR		VELTER	
HARVIER		ECALLE	
LIAN		GUENIOT	
VALLERY-RADOT		LE LORIER	
(Pasteur)		LEVY-SOLAL	
SÉZARY		NETZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A laquelle ce petit travail causera, je l'espère une grande joie, infime contre-partie de tous les sacrifices qu'elle a faits pour moi.

A MON PÈRE

Dont la conscience professionnelle sera toujours pour moi le meilleur exemple.

A MA FEMME

A M. LE PROFESSEUR LÉNORMANT

Professeur de Clinique Chirurgicale
de la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait l'honneur de bien vouloir accep-
ter la présidence de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR ABEL PELLÉ

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris
Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Rennes

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et aidé
de ses conseils.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE RENNES
ET DE POITIERS

A MON JURY DE THÈSE

INTRODUCTION

Dans un intéressant travail rapporté par *M. P. Moure* à la Société Nationale de Chirurgie, *Abel Pellé* attire l'attention sur la fréquence relative des panaris de la face dorsale, sur leur rapidité d'extension et l'importance des collections suppurées du dos de la main souvent cachées par un volumineux œdème.

Lorsque l'on parcourt les ouvrages classiques et même les plus modernes, de Pathologie Chirurgicale on est frappé de voir passer presque sous silence les panaris de la face dorsale et les phlegmons de l'espace cellulaire du dos de la main qui souvent les accompagnent.

Iselin dans son remarquable ouvrage sur la chirurgie de la main, y consacre pourtant un chapitre intéressant : « classiquement, dit-il, il n'y a pas de pus sous le gonflement dorsal d'une main infectée, l'infection est à la paume, le malade montre sa lésion à l'envers et c'est une grosse faute que d'inciser au dos ». Il se hâte, il est vrai, d'ajouter : « en réalité, il faut revenir d'une opinion aussi absolue, une fusée dorsale purulente plus ou moins étendue peut

venir compliquer une ténosynovite palmaire ou un phlegmon commissural ».

Vassitch dans un article sur les panaris sous cutanés, paru dans la Revue de Chirurgie de Décembre 1933 consacre tout un chapitre au panaris dorsal des phalanges proximales et s'étonne lui aussi qu'on semble ignorer d'une façon à peu près complète ces suppurations. Il insiste sur leur évolution, leur tendance envahissante et la fréquence de leurs complications.

Abel Pellé dans ses observations, montre la gravité des infections dorsales des doigts et de la main et leur tendance insidieuse à la diffusion. Il apporte des précisions sur les voies qu'emprunte l'infection en particulier sur sa propagation rapide vers les espaces interdigitaux et la face palmaire, vers l'avant-bras et le bras.

Nous appuyant sur ces observations, nous avons essayé dans notre modeste travail, non pas d'écrire un chapitre nouveau de pathologie, mais d'individualiser ces infections bien particulières du fait de leur siège et de leur allure clinique.

Après cette introduction et un court chapitre d'étiologie, nous allons réserver une part importante à l'anatomie pathologique pour montrer le

siège des lésions et la direction variable de leur propagation.

L'étude clinique consistera à mettre en évidence les faits les plus saillants notés dans les différentes observations et à classer les idées qui en découlent.

Dans un dernier chapitre, enfin, nous verrons quelles sont les meilleures incisions qui permettent de drainer et de guérir ces infections avec le minimum de séquelles.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Dans les travaux les plus récents le panaris dorsal est représenté par le seul *panaris anthracôïde* qui n'est pas un panaris mais un furoncle de la face dorsale de la première phalange. Sa cause essentielle en est le staphyloccoque doré.

Rien ne s'oppose pourtant à l'infection du dos des doigts et de la main. Sans doute l'inoculation y est-elle moins fréquente, mais pour être plus rare cette infection n'en est pas moins grave.

L'ouvrier manuel, plus exposé par son métier aux traumatismes, en est le plus souvent la victime. Tantôt il s'agit d'une simple piquûre, tantôt d'une plaie plus ou moins profonde laissant à nu le tendon extenseur ou le sectionnant. Cette plaie peut ouvrir l'articulation et inoculer la synoviale. Une brûlure peut infecter le tissu cellulaire dorsal. Un panaris anthracôïde peut être lui-même, comme nous le verrons, le point de départ d'une suppuration diffuse.

La porte d'entrée siège le plus souvent à l'index

parfois au médius et tous les microbes peuvent être en cause.

En outre, comme dans toutes les autres infections digito-palmaires, deux facteurs étiologiques ont une importance toute particulière :

- la virulence du microbe,
- le terrain sur lequel il évolue.

Aux panaris de la face dorsale succèdent rapidement les phlegmons du dos de la main dont nous allons maintenant étudier les caractères anatomiques.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

AU DOIGT.

La disposition anatomique normale du tissu cellulaire sous cutané dorsal s'oppose à celui des faces de flexion. Celui-ci est en effet bridé par des bandes de tissu fibreux qui unissent la peau à la profondeur et qui limitent et cloisonnent l'infection. Celui-là au contraire est lâche et sans brides ; la peau glisse sur les plans profonds et c'est dans cette absence de cloisonnement qu'il faut rechercher l'explication de ces tendances extensives des panaris dorsaux.

Cette extension peut se faire vers la profondeur et l'infection détruire le plan des extenseurs autour desquels se disposent les expansions des insertions des interosseux. Plus profondément se trouve l'articulation interphalangienne dont la face postérieure mince de la capsule est facilement détruite. Un autre caractère très important est sa tendance à faire le tour du doigt. Cette tendance se retrouve surtout dans certains panaris anthracoides.

Ces panaris anthracoïdes s'accompagnent en effet très fréquemment d'une petite collection purulente sous-jacente au bourbillon. Souvent méconnue cette collection qui se trouve dans l'espace sous-cutané n'est pas ouverte à temps et a tendance à envahir les tissus voisins, à contourner le doigt ou à infecter très rapidement le dos de la main.

AU DOS DE LA MAIN.

L'infection se développe dans le tissu cellulaire dorsal, dont nous allons rappeler les particularités anatomiques.

SIÈGE

Cet espace a les limites suivantes :

Superficiellement on trouve au-dessous de la peau un réseau veineux très développé qui peut être la source d'hémorragies importantes pouvant apparaître au cours de l'intervention ou dans les jours qui suivent. Enlaçant ce réseau veineux, se trouvent des anastomoses nerveuses des rameaux cutanés dorsaux des nerfs Cubital et Radial. Ces éléments vasculo-nerveux reposent sur l'aponévrose dorsale superficielle.

Profondément les tendons extenseurs sont réunis par le feuillet collecteur de Morel et Mathias Duval. Ils reposent sur le plan osseux des métacarpiens unis les uns aux autres par les muscles interosseux.

En dedans il est limité par l'insertion de l'aponévrose dorsale superficielle sur le 5° métacarpien.

En dehors par l'union de l'aponévrose dorsale superficielle avec l'aponévrose dorsale profonde ou interosseuse.

En bas cet espace se termine sur les tendons extenseurs et les surtout fibreux des doigts, c'est-à-dire dans l'espace dorsal digital.

En haut l'aponévrose qui recouvre cet espace se confond avec le ligament annulaire dorsal du carpe.

PROPAGATIONS

Le pus développé dans cet espace cellulaire dorsal peut se propager rapidement et envahir les régions voisines : la face palmaire et l'avant-bras.

A la face palmaire, la propagation n'est pas discutable, elle se fait à travers les espaces interosseux. Nous savons que ces espaces sont traversés par les

artères et les veines qui font communiquer les arcades dorsales et palmaires. Ces vaisseaux sont accompagnés de lymphatiques et l'infection semble emprunter cette voie.

Dans une observation où l'amputation du bras fut jugée nécessaire, on put disséquer soigneusement la main et dépister cette collection suppurée palmaire. Elle siégeait dans l'espace palmaire médian profond en dessous des tendons fléchisseurs dont les gaines semblaient intactes, contre le plan ostéo-musculaire profond. Elle ne semblait pas communiquer avec le dos de la main.

A notre connaissance, cette propagation palmaire ne semble pas avoir été signalée. Cette notion présente un intérêt pratique considérable, comme le dit *M. P. Moure* « la proposition classique se trouve renversée puisque le pus a cheminé de la face dorsale vers la face palmaire ». Elle montre la nécessité qu'il y a dans ces phlegmons de la face dorsale d'explorer et d'inciser la face palmaire.

A l'avant-bras, la propagation de l'infection peut être très rapide. Cette extrême rapidité peut être expliquée par la grande laxité du tissu cellulaire sous-cutané, mais les voies lymphatiques y participent également, ainsi qu'en témoigne la précocité des traînées lymphangitiques. Dans l'obser-

vation citée plus haut la dissection montra des collections suppurées sus et sous-aponévrotiques. Celles-ci les entouraient les muscles et existaient sur les deux faces de chaque côté du ligament interosseux. Les gaines synoviales étaient envahies mais les articulations carpiennes, radio-carpienne, ainsi que le coude étaient intactes.

Partout il existe un volumineux œdème : au doigt, à la main, à l'avant-bras. Cet œdème présente tous les caractères de l'œdème réactionnel des infections palmaires, mais il reste dorsal, il est trompeur puisqu'il peut cacher des collections suppurées multiples qui pourront difficilement être révélées par l'exploration clinique.

CHAPITRE III

CLINIQUE

Panaris de la face dorsale

Ce panaris apparaît à la suite d'une plaie ou d'une simple piqûre. Il est annoncé par de la douleur et débute progressivement par de la rougeur et une tuméfaction. Cette tuméfaction présente des caractères bien particuliers, elle est d'emblée diffuse « en fuseau ». Elle siège sur la région dorso-latérale du doigt avec un maximum au niveau des première et deuxième phalanges. L'œdème précoc qui l'accompagne gagne bientôt le dos de la main. Par contre, la région de flexion reste intacte, il n'y a ni douleur ni tuméfaction.

Le panaris anthracôïde qui n'est autre que le furoncle des follicules pileux du dos de la première phalange, exceptionnellement de la deuxième, semble d'abord comme tout furoncle se localiser. Bientôt, il présente lui aussi cette tendance tout à fait caractéristique à la diffusion dorso-latérale. Cette

tendance si spéciale semble être due à l'existence de cette petite collection purulente, déjà signalée, sous-jacente au bourbillon et commune d'ailleurs à tous les furoncles.

« C'est peut-être pour avoir omis constamment l'évacuation de celle-ci, dit *Vassitch*, que l'incision précoce restée inefficace, n'amenant aucun soulagement a été déconseillée par les classiques et même par les travaux récents, l'incision tardive amenant la sédation par l'ouverture de l'abcès déjà superficiel. »

Quelle que soit la forme du panaris dorsal, le grand danger est d'abord l'extension aux plans profonds ostéo-articulaires pouvant amener la perte du doigt, ensuite l'envahissement de la face dorsale de la main aboutissant au phlegmon du dos de la main.

Phlegmon du dos de la main

Celui-ci parfois primitif est le plus souvent secondaire au panaris qui s'étend. Il est annoncé par des signes généraux souvent graves : frissons, hyperthermie, insomnie, parfois délire. La douleur est modérée.

L'inspection montre un gonflement considérable de la face dorsale de la main dans toute son

étendue. Elle est en effet infiltrée par un œdème volumineux. C'est un œdème rouge qui s'étend du bord cubital au bord radial, de la racine des doigts au poignet empiétant très largement sur l'avant-bras. A ce niveau, se dessinent des traînées rougeâtres, légèrement douloureuses de lymphangite.

La paume de la main apparaît intacte et les mouvements des doigts sont possibles mais douloureux.

A la palpation, cet œdème se laisse facilement déprimer mais, fait très important, *la tuméfaction n'est pas fluctuante*. Cette absence de fluctuation a été notée dans toutes nos observations et pourtant sous l'œdème il existait une collection suppurée.

A notre avis, il y a là une notion qui semble présenter un intérêt clinique et thérapeutique très important :

« Il ne faut jamais attendre la fluctuation, dans un phlegmon du dos de la main pour intervenir ; la constatation de l'œdème seule suffit pour pratiquer une incision exploratrice. »

Cette notion va à l'encontre des idées classiques. Le malade semble bien, cette fois, montrer sa lésion « à l'endroit ». Il est nécessaire de se libérer de cette idée limitée par un cadre trop étroit et

délibérément inciser sur la tuméfaction dorsale isolée.

En l'absence d'intervention précoce, ce phlegmon de la face dorsale de la main s'étend en effet très rapidement et on a vu sa diffusion brûler les étapes. Les signes généraux deviennent alors inquiétants, la douleur très vive remonte vers l'avant-bras, le bras, parfois vers l'épaule et l'impotence fonctionnelle est complète. Le membre supérieur est immobilisé en demi-flexion, la main inerte est volumineuse et considérablement épaissie, envahie dans sa totalité. Les doigts sont boudinés. L'avant-bras est infiltré par l'œdème. Cet œdème, par endroits recouvert de phlyctènes à contenu séro-purulent, présente toujours le même caractère : il est *dépressible et non fluctuant*.

A cette période le phlegmon du dos de la main est devenu un phlegmon total de la main et de l'avant-bras. Le pus a envahi la face palmaire d'une part, l'avant-bras d'autre part. De larges incisions peuvent encore enrayer la septicémie, elles n'arrivent plus à sauver la main dont le pronostic fonctionnel est très compromis.

Parfois, comme il a été signalé dans une de nos observations, devant les signes menaçants, il faut pratiquer d'urgence l'amputation du bras.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

Le pronostic dépend donc de la précocité du diagnostic et du traitement bien compris.

Débridés précocement, panaris et phlegmons dorsaux peuvent aboutir à une guérison satisfaisante en 5 à 6 semaines.

Dans le panaris il importe d'empêcher la diffusion et d'éviter la propagation articulaire qui compromet le pronostic fonctionnel ultérieur du doigt. Nous insistons encore une fois sur la gravité clinique, conséquence des conditions anatomiques, amenant des complications sérieuses dans un quart des cas et dont l'évolution, même dans les cas récemment traités dépasse en durée celle des panaris palmaires.

Vassitch, sur les 32 cas qu'il a eu à traiter en 3 ans, apporte la statistique suivante :

24 cas n'ont présenté aucun symptôme caractéristique d'une tendance envahissante.

3 cas d'emblée diffus mais n'ayant toutefois pas dépassé les limites de la région digitale.

2 cas ayant nécessité des réinterventions pour fusées dorsales ayant dépassé la zone digitale.

3 grosses complications ayant intéressé l'articulation interphalangienne.

Au total, 8 cas, soit 25 % de ces panaris évoluent vers des complications dont 3 aboutissent à un panaris véritablement disséquant intéressant la totalité du doigt.

Dans les phlegmons, presque toujours secondaires à ces panaris, le pronostic est amélioré à deux conditions :

1° Si on dépiste assez tôt la collection suppurée que l'on doit rechercher par une incision exploratrice.

2° Si on arrive à éviter par de bonnes incisions de drainage, les foyers purulents qui ont tendance à fuser vers la paume de la main et l'avant-bras.

Enfin le pronostic est évidemment fonction de la nature et de la virulence du microbe. Une de nos observations relate l'histoire d'une forme gangréneuse qui s'est terminée par la mort.

Dans l'ensemble un phlegmon dorsal de la main opéré à temps, non compliqué, peut aboutir à une guérison complète, laissant au blessé un minimum d'incapacité fonctionnelle.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Faire le diagnostic consiste à dépister sous un volumineux œdème du dos de la main une collection suppurée.

Il importe donc de se débarrasser de la notion classique de l'œdème réactionnel et toujours songer à une présence possible de pus. Aussi devra-t-on s'efforcer de mettre cette présence en évidence en recherchant systématiquement les signes de suppuration.

La rougeur est un bon signe. Il en est de même de la fluctuation lorsqu'elle existe, mais nous avons vu combien ce signe était inconstant et combien il était difficile de le mettre en évidence.

En somme, le diagnostic positif repose surtout :

1° Sur la notion de présence d'un panaris de la face dorsale des deux premières phalanges.

2° Sur l'existence d'une aggravation des signes généraux qui ne semble pas être en rapport avec un simple œdème réactionnel.

Cet œdème lui-même demande à être attribué à sa véritable cause et il faut savoir éliminer certains œdèmes aigus symptomatiques.

L'œdème dorsal symptomatique d'un phlegmon des gânes synoviales palmaires est bien connu, il est parfois considérable, c'est à son sujet qu'il a été dit que c'était une faute d'inciser au dos de la main. Il suffit d'examiner la face palmaire pour être fixé.

Cet œdème apparaît encore dans certains phlegmons dits commissuraux. *Iselin* a montré que ces phlegmons sont susceptibles de s'accompagner de fusées dorsales et, par conséquent, de phlegmons du dos de la main.

Dans tous les cas il faut toujours savoir se méfier et dépister à temps, au besoin par une incision exploratrice la suppuration sous-œdémateuse qui risque de s'étendre si rapidement.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Dans le panaris, l'intervention précoce seule peut donner de bons résultats. Il est préférable d'intervenir après hémostase provisoire et si possible sous anesthésie régionale en « bague » et à défaut, sous anesthésie générale. Il ne faut pas se contenter de la simple incision au point culminant. Cette incision doit, d'une part, déborder largement la zone inflammatoire et d'autre part s'accompagner d'une excision de tous les tissus suspects. Il faut explorer minutieusement les tendons extenseurs et l'articulation sous-jacente. Lorsque le tendon est intéressé, il faut craindre l'extension à la main. Quand par une exploration prudente on note des signes d'infection articulaire, beaucoup de chirurgiens, comme pour les panaris des faces de flexion, préfèrent à la désarticulation métacarpo-phalangienne trop facile, une résection des surfaces articulaires. Il existe sans doute une ankylose post-opératoire, le doigt est diminué dans ses fonctions, mais il peut encore rendre de grands services.

Le *panarie anthracoïde* doit être traité comme un furoncle. *Vassitch* conseille une incision précoce avec excision des tissus sphacelés et bourbillonneux et une incision immédiate de la petite collection suppurée sous-jacente, **pour en** permettre le drainage et éviter sa diffusion.

Dans les *phlegmons de la face dorsale de la main* mis en évidence par l'incision exploratrice, *Abel Pellé* conseille de pratiquer, après le traitement du panaris deux incisions longitudinales précoces de chaque côté du métacarpien correspondant au doigt malade, de façon à éviter le tendon extenseur. Ces deux incisions sont généralement suffisantes pour obtenir un bon drainage.

En avant l'incision doit mordre sur la commissure et empiéter sur la face palmaire. Cette incision palmaire présente un double avantage : elle draine mieux la collection dorsale, et elle permet en outre de dépister ou d'éviter l'infection de la paume de la main. Deux guérisons ont été ainsi obtenues sans séquelles.

Dans tous les cas, il faut apporter un soin tout spécial aux pansements post-opératoires. Les lèvres de la plaie doivent être écartées par des mèches de gaze iodoformée : du bon drainage dépendra la guérison.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 (*Abel Pellé*)

M. G..., 26 ans, menuisier, entre à la clinique le 10 août 1933, présentant un panaris de l'index gauche. Ce panaris, qui a succédé à une piquûre, siège sur la face dorsale de la première phalange. Le doigt est tuméfié, rouge et recouvert sur la partie externe par une phlyctène noirâtre. L'œdème remonte vers la main dont la face dorsale est gonflée. Cet œdème se laisse facilement déprimer et la pression ne réveille aucune douleur. La température est à 38°. L'état général est bon.

1^{re} *intervention* le 10 août. — Anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Sous la phlyctène excisée existe un petit pertuis communiquant avec une poche plus profonde. Une incision latérale large remonte jusqu'au bord externe du 2° métacarpien et empiète sur la 2° phalange. Du pus sort ; après excision et nettoyage, on met entre les deux lèvres une fine mèche de gaze iodoformée et on recouvre le tout d'un pansement.

Le lendemain, la température ne baisse pas, le malade est fatigué. Dans le pansement, un peu de pus est sorti par l'incision qui présente un aspect normal. Le gonflement de la face dorsale de la main a considérablement augmenté, il remonte jusqu'au poignet et s'étend du bord cubital au bord radial. Il envahit les autres doigts. Pensant au simple œdème réactionnel sur lequel on a tant insisté, on se contente de mettre un pansement humide.

Le soir, la température s'élève à 39° et, le 12 août, l'état général s'aggravant, on intervient de nouveau.

2° *intervention* le 12 août. — On prolonge la première incision vers le haut et trois nouvelles incisions longitudinales sont faites sur la face dorsale de la main, au niveau des espaces intermétacarpiens. Ces incisions qui empiètent sur l'avant-bras permettent d'évacuer une importante quantité de pus sous pression.

Les signes rétrocedent et, pendant 3 jours, une amélioration très nette se fait sentir, les doigts et la main se dégagent sous l'influence d'un bon drainage.

Le 16 août au soir, une nouvelle aggravation se produit : frissons, température à 39°5, un peu de délire semblent être la manifestation d'une infec-

tion grave. En même temps apparaît un gonflement qui, en 12 heures, envahit avant-bras et bras et nous décide à pratiquer une troisième intervention.

3° *intervention*, le 17 août. — Sous anesthésie générale. On pratique de larges et profonds débriements à l'avant-bras, au bras. Ils permettent d'ouvrir de nombreuses collections suppurées qui ont fusé le long des espaces interaponévrotiques superficiels et profonds.

Malgré cette nouvelle intervention, l'état du malade reste grave. Les 18 et 19 août, des hémorragies importantes et diffuses apparaissent. La courbe thermique oscille entre 39 et 40°. Le pouls reste petit, rapide. L'opéré est pâle, un peu prostré, et on met tout en œuvre pour le remonter.

La main est volumineuse, inerte. Malgré ces interventions successives, le pus se draine mal et le gonflement remonte jusqu'à l'épaule.

L'état devenant de plus en plus inquiétant, les phénomènes septicémiques s'aggravant,* une nouvelle intervention s'impose.

4° *intervention* le 25 août. — Amputation du bras gauche à la partie supérieure. Dans les suites opératoires, on note de multiples incidents pulmonaires et cardiaques sur lesquels nous passons vo-

lontainement, mais qui retardent la guérison du malade et la reportent au 19 novembre, date de sortie.

Cette amputation d'urgence qui semble avoir sauvé le blessé alors en pleine septicémie, nous a permis aussi d'examiner le membre supérieur amputé et de noter des particularités intéressantes.

Examen de la pièce. — A l'inspection : tous les doigts sont doublés de volume, la main est élargie et considérablement épaissie. Elle semble infiltrée dans sa totalité. A l'avant-bras et au bras les muscles font hernie à travers les multiples incisions et baignent dans le pus.

La dissection permet de préciser le siège et la direction des collections suppurées.

A l'index, le pus a fait le tour du doigt. Le tendon, les phalanges, les articulations sont indemnes.

Aux autres doigts existe une infiltration diffuse n'intéressant que les plans superficiels.

A la main, la plaie de la face dorsale est décollée dans sa totalité par une nappe purulente, les espaces intermétacarpiens sont infiltrés de petits foyers purulents. A la paume, une collection suppurée importante occupe tout l'espace palmaire médian profond. Les gaines des fléchisseurs semblent intactes.

L'articulation du poignet est indemne, mais les gaines des tendons extenseurs sont envahies.

A l'avant-bras, les muscles sont entourés de pus ; des collections suppurées existent sur les deux faces. Le coude est intact.

Au bras, le pus a fusé le long du canal brachial.

OBSERVATION N° 2 (*Abel Pellé*)

M. T., 40 ans, cultivateur, amené d'urgence à la clinique le 2 août 1933 pour une infection à évolution suraiguë du membre supérieur succédant à une piqûre profonde de la face dorsale de l'index datant du 29 juillet.

Pendant 48 heures, il aurait présenté des signes de panaris avec un doigt tuméfié douloureux et envahissement précoce de la face dorsale de la main. Les signes s'aggravant, le blessé fait appeler le médecin traitant qui pose d'extrême urgence l'indication opératoire.

A son arrivée, l'état est des plus graves, les pommettes sont rouges, le facies bistré, subictérique. Il existe déjà du délire, la température est à

40° et le pouls presque incomptable. La douleur, qui est vive, remonte jusqu'à l'épaule et le membre supérieur est immobilisé en demi-flexion et pronation.

L'examen donne des signes de phlegmon gangréneux diffus du membre supérieur, l'index est déformé par la tuméfaction. La face dorsale de la main est tendue, recouverte de larges phlyctènes noirâtres. La tuméfaction se laisse déprimer, mais il n'existe pas de fluctuation. La face palmaire semble intacte. Les mouvements du poignet sont impossibles. L'avant-bras et le bras sont également déformés par l'œdème et les phlyctènes ; la peau est verdâtre, noirâtre par endroits.

Intervention sous anesthésie générale. Elle consiste en de larges et profonds débridements. *Une nappe de pus recouvre la face dorsale de la main.* Les incisions profondes de l'avant-bras et du bras ne donnent issue qu'à une sérosité verdâtre infiltrant toutes les régions. Le pansement est imbibé de sérum antigangréneux. On met tout en œuvre pour sauver le malade, mais l'intervention a été trop tardive, il meurt dans la soirée.

OBSERVATION N° 3 (*Abel Pellé*)

Mme L..., 52 ans, blessée le 28 août. Section du tendon extenseur par un coup de faucille. Consulte son médecin 7 jours après l'accident. Elle se plaint de douleurs, d'insomnies, elle est fatiguée et la température atteint 38°5.

A l'examen, existe une plaie oblique de la face dorsale de l'index droit à l'union de la 1^{re} et de la 2^e phalange. Cette plaie est rouge, tuméfiée ; la tuméfaction envahit le doigt et la face dorsale de la main.

Au doigt, tout mouvement spontané est impossible, il reste en demi-flexion. En le mobilisant latéralement, on note des craquements de l'articulation.

Au dos de la main, la tuméfaction est molle, dépressible, on ne note aucune fluctuation, l'œdème s'arrête au poignet. La face palmaire n'est ni tuméfiée, ni douloureuse. Intervention le 7 septembre sous anesthésie générale à l'éther. On agrandit la plaie digitale. Les tendons extenseurs de l'index sont sectionnés et leur extrémité supérieure est rétractée. Le pus a déjà fait le tour du doigt et envahi l'articulation, le doigt étant en partie inutilisable, on le désarticule en gardant la première phalange.

A la main, deux incisions longitudinales suivent de chaque côté les extenseurs de l'index. L'incision interne ouvre une collection suppurée qui semble gagner la face palmaire. On prolonge donc cette incision en mordant largement sur la commissure pour permettre le drainage à la partie déclive et éviter l'envahissement de l'espace palmaire moyen.

Dans les jours qui suivent, l'œdème de la main rétrocede, le pus se tarit et la guérison est obtenue en un mois.

OBSERVATION N° 4 (Abel Pellé)

M. O..., 23 ans, maçon, blessé le 2 septembre 1933 : plaie par écrasement de la face dorsale du médius droit. Malgré les soins immédiats, en 48 heures, l'infection s'étend et le 3 septembre nous sommes appelés à voir ce blessé. Il existe un panaris diffus de la face dorsale du médius et un *gonflement sans fluctuation* qui envahit le dos de la main.

Intervention sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle :

1° Une incision longitudinale de la face laté-

rale droite du médius donne à croire à du pus qui sort en abondance lorsqu'on appuie sur la face dorsale de la main.

2° Une double incision est faite sur le dos de la main de chaque côté du tendon extenseur du médius, elle intéresse la commissure et empiète sur la face palmaire. Deux autres incisions parallèles aux précédentes complètent l'intervention et permettent de drainer avec plus de sûreté le pus qui a déjà envahi l'espace celluleux dorsal.

Les suites opératoires sont excellentes et la guérison se fait progressive et définitive en 6 semaines. Tous les mouvements du médius et des autres doigts de la main sont normaux.

OBSERVATION N° 5 (*Iselin*)

Vat... (Jeanne), 29 ans. *Phlegmon dorsal, suite de panaris anthracoïde.*

14 septembre. — Panaris anthracoïde de la face dorsale de la première phalange du médius gauche: incision en croix.

16 septembre. — Gonflement de tout le dos de la main : douleur, fièvre, malaise général. Pansements humides.

18 septembre. — Fluctuation manifeste : incision le long de la commissure dorsale 2-3, du pus. On passe un clamp, on explore les limites de la poche : 2 contre-incisions, l'une près du 4^e métacarpien, l'autre à 3 centimètres du poignet. Deux lames réunissent ces incisions.

Guérison progressive en plus de 6 semaines.

OBSERVATION N^o 6 (*Iselin*)

Jul.. (René). Le 24 juin 1930, cet enfant se brûle au niveau de la face dorsale de la première phalange de l'index ; la plaie s'infecte et, dès le deuxième jour, se manifeste un gonflement énorme de la face dorsale.

29 juin. — Le malade souffre, ne dort pas depuis 2 nuits, la température est de 39°5, la main est doublée de volume, la face dorsale complètement déformée ; l'œdème envahit la base des doigts et remonte à l'avant-bras ; mais le gonflement est bien limité en haut, au niveau du poignet. La face palmaire est normale : la fluctuation est manifeste à la face dorsale, surtout près des commissures.

Chloréthyle générale. — Incision au maximum de fluctuation : du pus coule en quantité ; on passe

un clamp qui va jusqu'à la limite du décollement, le long du 5° métacarpien.

Le 3 juillet, les signes d'inflammation persistent ; il y a un nouveau trajet vers le bord radial. Contre-incision et lame.

Suites. — Guérison sans incidents, consolidé le 2 août sans incapacité.

OBSERVATION N° 7 (*Vassitch*)

R. G... 52 ans, commerçant, vient à la consultation le 2 mai 1930, 5 jours après le début de l'infection, avec une tuméfaction diffuse de la région dorso-latérale des deux premières phalanges de l'index droit, plus accentuée sur le versant externe.

Intervention le jour même à l'anesthésie générale. Incision longitudinale de 3 cm. environ au point culminant de la tuméfaction. Mise en place de l'écarteur, petite mèche au dakin. Ablation de l'écarteur le 3 mai. La pression sur les bords de l'incision fait sourdre un pus épais semblant venir des régions éloignées de la brèche. Agrandissement au ciseau de l'ouverture vers le dos de la main et contre-incision dorso-latérale opposée. Aucune

amélioration ne se manifeste localement ; les 2 régions latérales restent infiltrées et suppurent abondamment.

Par contre on constate une régression nette de la fusée dorsale. Le 12 mai 1930, une nouvelle intervention est nécessaire, les tendons extenseurs de l'index étant sphacelés et la première articulation interphalangienne étant infectée.

Résection tendineuse et résection articulaire, application de plâtre à anse immobilisant le doigt.

Après une longue suppuration, guérison complète avec ankylose de l'index très nettement raccourci en 82 jours de traitement.

OBSERVATION N° 8 (*Vassitch*)

M, K..., 48 ans, sans profession, vient à la consultation 15 jours après le début d'un panaris dorsal du médius gauche déjà incisé ailleurs à 3 reprises (2 incisions latérales et 1 dorsale).

Le jour de son arrivée le 1^{er} septembre 1930, une incision avec excision large et évidemment des parties infectées est tentée. Aucune amélioration ne s'étant produite, et à l'infection diffuse du doigt et l'atteinte articulaire s'étant surajouté une fusée dor-

sale de la main, une désarticulation du doigt avec résection de la tête métacarpienne est pratiquée le 4 septembre. La guérison est obtenue en 26 jours.

OBSERVATION N° 9. (*Vassitch*)

S. R..., 29 ans, menuisier, est vu pour la première fois le 17 février 1932, 14 jours après le début de son affection, avec un panaris dorsal de l'index droit, véritable éponge de pus, occupant les régions dorsale et latérale du doigt, criblé de plusieurs fistules siégeant au voisinage de la 1^{re} phalange. La première articulation interphalangienne est intacte.

Dès son arrivée, débridements larges dorso-latéraux symétriques dans toute l'étendue des deux premières phalanges. L'intervention est suivie de la sédation des phénomènes infectieux du côté du dos de la main, mais reste sans effet sur l'évolution du sphacèle cellulaire et tendineux et aboutit à l'infection articulaire qui nécessite une résection articulaire. Un plâtre à anse maintient les fragments osseux qui ne restent unis que par un lambeau cutané palmaire. La désarticulation nous semble inévitable. Cependant nous la différâmes et, 77 jours après le début de l'affection, le malade est complè-

tement guéri, conservant un doigt ankylosé, très nettement raccourci. Revu un mois après, il se servait de son index et avait repris son métier de menuisier.

OBSERVATION N° 10 (*Vassitch*)

J. M..., 35 ans, journalier, vient avec un panaris datant de 7 jours, d'emblée diffus, intéressant les deux premières phalanges de l'index gauche n'empêchant pas cependant sur la région dorsale de la main. L'incision pratiquée à l'anesthésie locale le 14 mars 1931 avec excision elliptique que nous croyons suffisante, s'avère insuffisante à arrêter une fusée dorsale qui nécessite une réintervention le 18 mars avec débridement dorsal de la main amenant la guérison en 40 jours.

CONCLUSIONS

Dans notre travail, nous avons voulu attirer l'attention sur la relative fréquence des suppurations dorsales du doigt et de la main qui ne semblent pas avoir été signalées dans les ouvrages classiques.

1° — A côté du panaris anthracoïde, il existe au niveau de la face dorsale des phalanges un *panaris sous-cutané*.

2° — Ce panaris sous-cutané dorsal est caractérisé par sa tendance envahissante et la fréquence de ses complications.

3° — Parmi les complications, il faut faire une place spéciale au *phlegmon sous-cutané de la face dorsale de la main*.

4° — Ce phlegmon est souvent caché par un volumineux oedème qui risque de faire égarer le diagnostic. Une incision exploratrice de cet oedème est sans danger et permet de dépister très précocement la collection suppurée.

5° — La propagation de l'infection peut se faire

vers l'avant-bras. Elle peut traverser également les espaces interdigitaux et gagner la face palmaire.

6° — Le traitement de ces suppurations dorsales du doigt et de la main doit avoir pour but de s'opposer à leur tendance extensive, et d'éviter par une incision précoce leurs complications.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*,
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Marc ISELIN. — Chirurgie de la main, 1933.

Abel PELLÉ. — Œdème du dos de la main dans le panaris de la face dorsale (Rapport de M. P. Moure, in Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie, Février 1935).

M. VASSITCH. — Considérations sur le traitement des panaris sous-cutanés des phalanges proximales (Revue de Chirurgie, Décembre 1933).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Etiologie	13
CHAPITRE II. — Anatomie Pathologique	15
CHAPITRE III. — Clinique	21
CHAPITRE IV. — Pronostic	25
CHAPITRE V. — Diagnostic	27
CHAPITRE VI. — Traitement	29
CHAPITRE VII. — Observations	31
CONCLUSIONS	45
BIBLIOGRAPHIE	47

LANE MEDICAL LIBRARY

This book should be returned on or before
the date last stamped below.

--	--	--